FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ DE PARIS-OUEST

Année 1974

THESE

N°

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Pierre, Henri, Antoine FEYDY
Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 10 Novembre 1943 à Soissons 02

Présentée et soutenue publiquement le 19

EXPLORATION EN URGENCE PAR UNE METHODE D'APPROCHE VIGOUREUSE DE 140 MALADES ADMIS A L'HOPITAL AMBROISE PARE POUR HEMORRAGIE DIGESTIVE

Président : Monsieur le Professeur C. BETOURNÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ DE PARIS-OUEST

Année 1974 | N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Pierre, Henri, Antoine FEYDY

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 10 Novembre 1943 à Soissons 02

Présentée et soutenue publiquement le 19

EXPLORATION EN URGENCE PAR UNE METHODE D'APPROCHE VIGOUREUSE DE 140 MALADES ADMIS A L'HOPITAL AMBROISE PARE POUR HEMORRAGIE DIGESTIVE

Président : Monsieur le Professeur C. BETOURNÉ

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

A MA FEMME ET MES ENFANTS

A MES FRERES ET SOEURS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549224_0009

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BETOURNE

DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS-OUEST

QUI M'A FAIT L'HONNEUR DE BIEN VOULOIR

PRESIDER CETTE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BISMUTH

QUI A BIEN VOULU DIRIGER CETTE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. PEQUIGNOT

QUI A SU ME CONSEILLER ET ME GUIDER PENDANT MON INTERNAT.

AVEC TOUTE MA GRATITUDE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BLERY

QUI M'A AIDE DE SES CONSEILS

A MES MAITRES D'EXTERNAT

PROFESSEUR F. BESANCON

PROFESSEUR BROCARD

PROFESSEUR CACHIN

PROSERREUR SICARD

PROFESSEUR WEILL

PROFESSEUR BOUTTIER

PROFESSEUR MATHIVAT

PROFESSEUR SIGUIER

A MES MAITRES D'INTERNAT

Professeur BONFILS
Professeur PEQUIGNOT
Professeur Agrégé ETIENNE
Professeur V. BISMUTH
Professeur DEROT
Professeur LAPRESLE
Professeur VIC-DUPONT
Professeur BERNIER

P L A N

- HISTORIQUE .... Page 1

- MATERIEL .... Page 4

- METHODES .... Page 6

- RESULTATS .... Page 14

- DISCUSSION .... Page 21

- CONCLUSIONS .... Page 48

- BIBLIOGRAPHIE

H I S T O R I Q U E

L'exploration en urgence des malades ayant une hémorragie digestive a fait d'abord appel au seul Transit baryté gastro-duodénal.

Bohmanson le pratiquait depuis 1926. E. Delannoy, qui en fut un des promoteurs en France, publie en 1952, une série de 13 hémorragies digestives d'origine gastro-duodénale explorées radiologiquement en urgence. Cet article permet à cette époque, de préciser les indications et la technique de l'examen en urgence.

L'auteur insiste sur la nécessité d'une bonne réanimation et de la collaboration de l'équipe chirurgicale prête à intervenir rapidement en cas d'aggravation ; il ne mentionne pas le lavage gastrique. La conduite de l'examen ne diffère pas beaucoup de celle d'un examen normal, mais lorsque la station verticale est impossible, le malade est placé progressivement dans des positions intermédiaires entre l'horizontale et la verticale. L'examen est effectué très précocement, en période hémorragique ou dans les 12 heures qui suivent, et l'auteur estime que la présence éventuelle de caillots ne gêne guère l'interprétation, à condition de savoir en tenir compte. Quand à l'indication de l'examen,

E. Delannoy dit : "aucun argument convaincant et reposant sur des faits solides ne peut être retenu pour refuser l'examen radiologique d'urgence aux hémorragiques gastro-duodénaux". L'apparition de la fibroscopie a transformé le diagnostic des hémorragies digestives en urgence. Desneux, Palmer, Dagradi, Conn, Chandler, Katz, Hirschowitz et Scott (cités par P. Dupuy et J. Coulbois) ont commencé à l'utiliser vers 1960.

Elle s'intégre le plus souvent dans une "approche vigoureuse du diagnostic" comportant une préparation soigneuse du malade. L'examen radiologique se place après la fibroscopie.
Le malade est réanimé, subit un lavage gastrique, la fibroscopie est alors effectuée, le plus tôt possible. Le transit oeso-gastro-duodénal a lieu 24 heures plus tard environ, chez un malade bien réanimé, qui le plus souvent ne saigne plus, et dont l'estomac est vide de caillots. Cet examen peut être une qualité comparable à celle d'un examen normal. Nahum, Rueff et Cazard en 1970, conseillent de récuser les sujets ne tenant pas debout ou présentant des troubles de la conscience. Ils décrivent un examen très complet avec de multiples incidences, une recherche de varices oesophagiennes et de hernie hiatale ainsi que l'utilisation éventuelle de modificateurs du comportement.

Par ailleurs, les progrès de l'endoscopie, ont permis un examen plus facile et plus complet grâce à l'oesofibroscope long à vision axiale.
Le dernier apport diagnostic est celui de l'artériographie coe-

liaque et mésentérique en urgence, préconisée par S. Baum et M. Nusbaum (1963).

Sa place est encore controversée. Il est indéniable que l'artériographie en urgence a des succès indiscutables à son actif.

Ainsi, la multiplication des techniques et les progrès de chacune d'entre elles, obligent-elles à un choix dans l'indication et la date des différents examens en fonction de leurs risques et de leurs apports respectifs.

Le but de notre étude est d'essayer de donner une réponse à ces questions en utilisant le recrutement d'un centre non spécialisé dans la gastro-entérologie, mais équipé de façon à pouvoir effectuer tous les examens nécessaires, dans les délais requis par l'urgence.

M A T E R I E L

Notre travail porte sur l'ensemble des malades admis pour hémorragie digestive à l'Hôpital Ambroise Paré entre Juin 1969 et Novembre 1972, inclus.

L'hémorragie digestive est affirmée sur la constatation d'une hématémèse, d'une aspiration gastrique sanglante, ou d'un melaena. Il n'y a en aucun cas de rectorragies.

Notre série comporte 140 malades.

Le transit baryté gastro-duodénal a été pratiqué 138 fois, la fibroscopie 68 fois, et l'artériographie coeliaque et mésentérique supérieure 11 fois.

Les fibroscopies et les transits oeso-gastro-duodénaux ont toujours été effectués, au plus tard, dans les 48 heures suivant la fin de l'hémorragie, alors que l'artériographie a été faite dans les délais variables mais qui n'excédaient pas une semaine.

Nos 140 malades comprennent : 97 hommes et 43 femmes.

La distribution en fonction de l'âge est la suivante :

30	30-39	40-49	50-59	60-69	70
8	21	20	30	28	33

- 30 de ces malades avaient des antécédents d'ulcère gastro-duodénal ou d'intervention sur l'estomac.

- 10 avaient une cirrhose connue.

- Les autres malades n'avaient aucune histoire digestive ou seulement des troubles mal définis.

  9 malades étaient traités par les anticoagulants.

  39 avaient pris récemment de l'Aspirine.

M E T H O D E S

Nous nous sommes efforcés de suivre un protocole d'exploration identique pour tous les malades. Il est le suivant :

1 - Réanimation et lavage gastrique

2 - Fibroscopie

3 - Transit oeso-gastro-duodénal à la baryte

4 - Artériographie dans certaines indications que nous allons développer.

L'ensemble des explorations est réalisé dans les 48 heures qui suivent la fin de l'hémorragie, sauf l'artériographie éventuelle.

1°/ - Le premier temps est donc la préparation du malade aux examens.
2 gestes sont essentiels :

a - La Réanimation.

Elle est effectuée au moyen d'une voie veineuse de gros calibre, de préférence un catheter, elle doit permettre de compenser rapidement les pertes de sang. Son but est d'avoir un sujet conscient capable de tenir debout, dont la T.A. est revenue pratiquement aux chiffres habituels, et dont l'hématocrite est d'au moins 30 %.
Juste avant l'examen, la tension artérielle est prise en décubitus et en position verticale. Le sujet ne doit pas avoir de lipothymie lorsqu'il est debout.

b - Le lavage gastrique à l'eau glacée par la sonde d'aspiration et de surveillance. L'estomac devra être entièrement vidé des caillots qu'il contient afin d'être examiné correctement. Le lavage à intervalles réguliers, permet, en outre, de suivre l'évolution de l'hémorragie.

c - Parallèlement, les éléments cliniques et les données des explorations antérieures, sont réunis.

2°/ - Le deuxième temps est l'endoscopie. Tous nos malades n'ont pu malheureusement en bénéficier faute d'une organisation satisfaisante de fibroscopie d'urgence dans les premiers mois de fonctionnement de l'hôpital.

Sa pratique précoce, dans les heures qui suivent l'hémorragie ou même alors qu'elle se poursuit est essentielle pour localiser avec précision la source du saignement.

Pratiquée en décubitus, au lit du malade, elle peut-être accomplie alors que la réanimation n'est pas encore parfaite.

Venant en premier, l'endoscopiste n'est pas gêné par les restes de produit de contraste qui proviendraient du transit gastro-duodénal.

La place de la fibroscopie, au tout début de l'exploration, est donc parfaitement justifiée. Cependant, il ne faut pas tomber dans l'erreur qui consiste à tenter une fibroscopie chez un malade très fatigué et insuffisamment préparé.

L'appareil peut être impossible à introduire en cas d'agitation ; même après un lavage gastrique soigneux, la persistance de l'hémorragie si elle est abondante, peut perturber considérablement l'examen, le rendant incomplet et peu sûr.

Le déroulement de l'examen est le suivant : une prémédication à l'Atropine est donnée, et la muqueuse pharyngée est anesthésiée avec un gel à la Xylocaïne.

Les appareils utilisés sont l'oesofibroscope, long à vision axiale, et éventuellement dans un deuxième temps, le gastrofibroscope à vision latérale pour examiner plus particulièrement la grosse tubérosité et la petite courbure.

20 % des malades, seulement, ont pu être examinés avec un endoscope permettant de franchir le pylore, l'hôpital n'ayant pas été doté de duodénoscopes dès son ouverture.

L'appareil est introduit alors que le malade est en décubitus latéral gauche, en guidant le tube au doigt dans le pharynx. Une bonne coopération est indispensable de la part du malade. Un ouvre-bouche pourra protéger l'appareil et l'endoscopiste des morsures.
L'examen doit porter sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum. Chez des malades fatigués, il ne peut pas toujours être facilement mené à son terme. La vision directe du saignement en cours, ou celle d'un caillot frais adhérent à la lésion ont une grande valeur.

Elle permet au chirurgien de connaitre avec certitude la source de l'hémorragie, ce qui n'est pas toujours aisé, même au cours de l'intervention.

Des photographies et des biopsies peuvent être pratiquées au cours de l'examen.

3°/ -Le troisième temps est le transit oeso-gastro-duodénal baryté. La qualité et les résultats de cet examen sont tellement dépendants de l'état du malade que le radiologue doit savoir le récuser tant que la préparation que nous avons décrite précédemment n'est pas parfaite.

En effet, un examen médiocre peut non seulement faire méconnaitre le diagnostic, mais encore donner de faux positifs. De surcroît, la présence du produit de contraste dans le tube digestif après un T.O.G.D. interdit toute autre exploration pendant plusieurs jours, ce qui est particulièrement gênant en urgence.

Enfin, un malade mal réanimé peut s'aggraver brutalement lors du passage en position debout.

Pour toutes ces raisons, le radiologue doit être libre de décider lui-même de l'indication et de l'heure de l'examen.

A priori, le malade est prêt lorsqu'il est conscient, capable de contrôler sa respiration, de déglutir au moment où on le lui demande, et sans vomir, La quantité de produit de contraste nécessaire et de tenir debout pendant au moins quelques minutes.

Dans ces conditions, il sera possible d'effectuer un transit oeso-gastro-duodénal presque normal, en abrégeant toutefois la station debout, et en réduisant au minimum les mobilisations successives.
Un laps de temps de plusieurs heures est nécessaire entre la fibroscopie et le transit du fait de l'anesthésie pharyngée et de l'insufflation gastrique que nécessite l'endoscopie. En pratique, le transit est effectué le plus souvent le lendemain de la fibroscopie à cause du risque de fausse route et de floculation de la baryte.

Après avoir lavé une nouvelle fois l'estomac, la sonde gastrique est retirée. La perfusion est laissée en place, et surveillée régulièrement ainsi que le pouls et la tension.

Un cliché d'abdomen sans préparation doit être fait, surtout si l'on redoute une perforation. Au moindre doute, il est préférable d'utiliser les produits iodés hydro-solubles.

Le transit oesophagien est vu en scopie et des clichés sont pris en cas d'anomalie. En position debout, sont faits une face, un profil, et une oblique postérieure gauche dégageant la petite courbure et son versant postérieur.

En procubitus, des séries sur la région pyloro-bulbaire avec et sans compression, et un cliché du cadre duodénal.
Les clichés suivants sont également pratiqués :

- un ensemble en décubitus dorsal et en oblique postérieure gauche ;

- une recherche de hernie hiatale,
- une recherche de varices oesophagiennes avec de la baryte épaisse.

Ce programme est celui d'un examen effectué dans des conditions idéales, et il n'est pas toujours possible de le suivre.
Aussi, avons-nous établi une cotation pour évaluer la qualité de chacun des examens.

1° +++ pour ceux qui sont très satisfaisants sans clichés ratés ou non faits. Il y en a 35.

2° ++ pour ceux qui sont satisfaisants dans l'ensemble, mais dont 1 ou 2 clichés sont défectueux ou manquants.
Il y en a 71.

3° + pour ceux qui sont médiocres mais restent interprétables avec des réserves. Il y en a 32.

4° - pour ceux qui sont ininterprétables. Il n'y en a pas dans notre série.

L'interprétation du radiologue de garde a toujours été retenue pour l'établissement du diagnostic, car elle représente l'information qui a été fournie à l'équipe de garde au même titre que le compte-rendu de la fibroscopie.
Il faut préciser que le radiologue de garde qui est polyvalent n'a pas toujours un diagnostic aussi sûr qu'un radiologue spécialisé en gastro-entérologie. Les membres de l'équipe de garde ont une expérience très variable, certains commençant leur spécialité, d'autres l'ayant terminée depuis plusieurs années.

4°/ - L'artériographie coeliaque et mésentérique n'est jamais faite en première intention et relève d'indications particulières et peu nombreuses.

Exceptionnellement, (deux fois), elle a remplacé le T.O.G.D. chez des malades qui restaient incapables de tenir debout malgré la réanimation, du fait de la persistance de l'hémorragie.

Dans les 9 autres cas, elle vient après les autres explorations lorsqu'elles sont infructueuses, ou incomplètes, et lorsque l'hémorragie persiste ou reprend.

Comme l'artériographie coeliaque et mésentérique permet l'exploration d'un territoire très étendu, incluant non seulement le territoire intestinal tributaire de la mésentérique supérieure, mais aussi le foie, la rate, le pancréas, le tronc coeliaque, ses branches et la circulation portale, elle est souvent demandée à titre de bilan pré-opératoire chez des malades pour lesquels on envisage par exemple une anastomose portocave.

Nous pensons que l'artériographie coeliaque ne doit pas être indiquée de façon systématique.

Sa technique n'offre aucune particularité même en urgence ; il y a toujours opacification du tronc coeliaque et de l'arbre mésentérique, et le programme est calculé de façon à obtenir non seulement le temps artériel, mais aussi la splénoportographie de retour.

5°/ - Des ponctions biopsies du foie, laparoscopies, et transit du grêle ont été pratiqués, mais à distance de l'hémorragie, en dehors de toute urgence.

Le protocole que nous venons de décrire souffre quelques exceptions :

1 - Lorsque l'hémorragie est très menaçante dans l'immédiat, le transit est annulé si un diagnostic indiquant une intervention d'extrême urgence est posé.

2 - Lorsque le malade vient d'être exploré quelques jours avant et qu'une lésion a été mise en évidence, les investigations sont réduites ou annulées.

RESULTATS

Les dossiers des malades ont été analysés de façon à réunir les diagnostics portés par les explorations d'urgence, et les données apportées par l'évolution ultérieure : examens nouveaux, constatations anatomiques lors d'interventions ou de nécropsies. Ainsi, dans 73 cas, un contrôle du diagnostic d'urgence est possible. Il ne l'est pas toujours, car 67 malades n'ont pas été opérés ni suivis ultérieurement.

Les résultats sont exprimés dans les tableaux où en regard des diagnostics faits en urgence, sont indiquées les proportions de diagnostics exacts, faux ou probables.

Un tableau fournit les résultats de chaque technique d'exploration d'urgence : fibroscopie, radiologie et artériographie. Le tableau n° 4 résume les résultats de toutes les techniques, en fonction de leur apport respectif dans l'établissement du diagnostic.

Le dernier tableau (n°5) donne l'étiologie des hémorragies digestives de notre série ; il a été fait en tenant compte de toutes les données disponibles, non seulement en urgence, mais aussi au cours de l'évolution.

Il ne s'agit pas là d'évaluer la valeur de nos méthodes d'investigation, mais de dresser une liste des causes les plus fréquentes des hémorragies digestives. Cette liste n'est donnée qu'à titre indicatif et sous réserve car tous les diagnostics n'ont pas eu

de vérification chirurgicale ou histologique.

Quelques points particuliers doivent être signalés :

1°/ -Il y a 2 échecs sur les 68 fibroscopies, l'appareil n'ayant pu être introduit dans le tube digestif du malade.

De ce fait, 66 examens seulement sont à prendre en considération. Au cours de 4 de ces examens, l'endoscopiste a vu 2 lésions, ce qui explique que le nombre total des diagnostics soit de 70.

2°/ -En ce qui concerne le tableau des résultats du T.O.G.D., les lésions étaient doubles dans 2 cas.

Ceci explique qu'il y ait 140 diagnostics, pour 138 examens.

3°/ - Le tableau n° 3 réunit toutes les artériographies, qu'elles aient été pratiquées ou non dans les 48 heures.

----

	diagnostic proposé	Diagnostic vérifié		diagnostic probable
		exact	faux	
Gastrite Exulcérations	17 1 ass à H.H	1	5	11
Oesophagite	2 2 ass à H.H			2
Hernie hiatale	4		1	3
Ulcus gastrique	14	6	5	3
- PC	9 lass. VO	5	3	1
- face postérieure	1		1	
- G. C.	1			1
- antre	1	1		
- sous-cardial	2		1	1
Ulcus anastomotique	2	1	1	
Cancer gastrique	1		1	
Ulcus duodénal	2	1	1	
Varices oesophagiennes	10	8		2
Aucune lésion	18		9	9
Total :	70	17	23	30

Résultats de la fibroscopie d'urgence.

Résultats du transit gastro-duodénal en urgence.

	diagnostic proposé	Diagnostic vérifié exact	faux	diagnostic probable
ernie hiatale	8 dont 1 ulcus oes.	1		7
lcus gastrique	<u>23</u>	<u>13</u>	<u>4</u>	<u>6</u>
- sous cardial	2		1	1
- P. C.	12	9	1	2
- F. Post.	2			2
- G. C.	1			1
- antre	3 (1 ass. ulcus bulb.)	3		
- pylore	3	1	2	
lcus anastomotique	3	1	2	
lcus duodénal	<u>43</u>	<u>15</u>	<u>4</u>	<u>24</u>
- bulbaire	37	12	4	21
- post-bulbaire	6	3		3
umeur duodénale	2		2	
	<u>20</u>	<u>13</u>		<u>7</u>
arices oesophagiennes	18 (1 ass. ulcus bulb.)	12		6
arices gastriques	2	1		1
ancer de l'estomac	3	1	1	1
chwannomme gastrique	2	2		
iverticule jéjunal	1	1		
ucune lésion	35		15	20
Total :	140	47	28	65

	diagnostic proposé	diagnostic vérifié		diagnostic probable
		exact	faux	
Varices oesophagiennes	3	2		1
Cancer du foie	1		1	
Ulcus D_2	2	2		
Hématome de la rate *	1	1		
Normal	4		2	2
Total :	11	5	3	3

Résultats artériographies.

* Ce n'est pas la cause de l'hémorragie digestive, mais un élément complémentaire du bilan digestif.

explorations ayant fourni le diagnostic	diagnostic posé en urgence	diagnostic vérifié		diagnostic probable
		exact	faux	
Fibros. seule	7	2		5
Radio. seule	62	22	9	31
Artériographie seule	2	2		
Radio et Fibros. concordantes	24	13	2	9
Fibros. et radio. discordantes	18	11 *	2	5
Aucune lésion	27		10	17
Total :	140	50	23	67

* dans ce cas, le diagnostic exact est fourni par une seule des 2 explorations.

Tableau récapitulant les résultats des explorations en urgence.

Hernie hiatale	3	
Gastrite	11	
Ulcus gastrique et pylorique	24	+ gastrite 1 + ulcus duod. 1 + HTP 1
Ulcus anastomotique	2	
Ulcus duodénal bulbaire Ulcus duodénal post-bulbaire	32 9	+ HTP 3
Hypertension portale	26	
Cancer gastrique Schwannomme gastrique Schwannomme du grêle Diverticule de Meckel Cancer du pancréas Syndrome hémorragique Diverticulose colique	2 2 1 1 1 1 2	
Aucune lésion	23	
TOTAL :	140	

Etiologie des Hémorragies digestives.

Les associations sont indiquées sur le tableau.

D I S C U S S I O N

Dans un premier temps, les résultats de chacune des techniques d'exploration seront analysés séparément. Ensuite, le résultat global de la méthode sera discuté, en étudiant particulièrement, les cas où les données fournies par les examens d'urgence sont difficiles à interpréter.

Enfin, nous ferons des comparaisons avec d'autres séries tirées de la littérature.

A - <u>DISCUSSION DES RESULTATS DE LA FIBROSCOPIE D'URGENCE</u> :

1 - Sur 70 diagnostics posés en urgence :

17 sont vérifiés et exacts, soit 24, 3 %

23 sont vérifiés et faux, soit 32,85 %

30 sont probables soit 42,85 %

Ces résultats paraissent décevants. Il faut cependant souligner que pour les premiers malades de notre série, l'endoscopie en était à ses débuts, à l'Hôpital Ambroise Paré, et que le nombre important de malades non suivis ultérieurement (30) interdit de tirer des conclusions définitives.

2 - La proportion des succès varie en fonction des lésions :

a) - Dans le cas des varices oesophagiennes, 8 sur 10 des diagnostics étaient exacts, et les 2 autres étaient probables.

b) - Les diagnostics d'ulcus gastriques sont exacts à un peu plus de 50 %, puisque 6 étaient justes, et 5 étaient faux, parmi ceux qui ont pu être vérifiés.

On remarquera que les erreurs portent sur la face postérieure, et la région sous-cardiale, qui sont des zones difficiles à explorer, alors que sur l'antre et la petite courbure, les résultats sont meilleurs.

L'ulcus anastomotique, et l'ulcus duodénal ont été correctement identifiés une fois sur deux.

c) Il est surprenant de noter que seul un diagnostic de gastrite a été vérifié, alors que 5 étaient faux. Il est possible que les lésions gastritiques aient disparu au moment de la vérification du diagnostic. Par ailleurs, il y a des malades pour lesquels ce diagnostic avait été porté et qui ont été perdus de vue, ce qui est compréhensible puisque ces lésions ne sont pas habituellement une indication opératoire.
Le fait que l'évolution ait été favorable avec le seul traitement médical est un argument indirect en faveur du diagnostic qui est donc vraisemblable.
Le diagnostic de la gastrite est donc l'un des apports essentiels de la fibroscopie en urgence.

3 - Parmi les associations, il faut retenir celle à deux reprises, d'une oesophagite compliquant une hernie hiatale. La présence de l'oesophagite augmente les chances que la hernie hiatale soit effectivement à l'origine du saignement. Cet argument ne peut être fourni que par la fibroscopie, qui a donc là un avantage sur le transit oeso-gastro-duodénal.
Une autre association, confirmée par l'évolution est celle classique, d'un ulcus de la petite courbure et de varices oesophagiennes.

4 - Dans les 18 cas où la fibroscopie était normale, des lésions ont été découvertes ultérieurement 15 fois.

a) - 6 malades avaient un ulcus post-bulbaire et 3 un diagnostic d'ulcus bulbaire au transit gastro-duodénal.

Il semble donc que l'usage systématique du duodénoscope devrait nettement diminuer le nombre de faux négatifs

b) - 1 malade posait le problème d'une image de faux pylore qui correspondait en fait à une fibrose antrale.

Il s'agissait donc d'un aspect très difficile à identifier, et l'erreur est compréhensible.

c) - 3 ulcus gastriques et 2 gastrites auraient dû ne pas échapper au fibroscopiste.

d) - Pour les 3 derniers malades, la lésion n'a jamais été découverte.

B - DISCUSSION DES RESULTATS DU TRANSIT OESO-GASTRO-DUODENAL BARYTE EN URGENCE.-

1 - Sur 140 diagnostics fournis par les 138 transits oeso-gastro-duodénaux en urgence (il y a deux associations de diagnostics), 47, soit 33,5 % sont vérifiés et exacts, 28 soit 20 % sont faux, et 65 sont probables soit 46,5 %.

2 - L'analyse de ces résultats montre que l'exactitude des diagnostics ne varie pas beaucoup suivant les lésions en cause.

a - 76 % des diagnostics vérifiés d'ulcus gastriques étaient exacts, avec un résultat particulièrement bon pour la petite courbure : 9 sur 10, et pour l'antre : 3 sur 3.
Par contre, un seul sur 3 des diagnostics d'ulcus pylorique était exact. Cette région est souvent difficile à dégager chez un malade fatigué qui supporte mal les manoeuvres qu'impose la recherche de la bonne incidence.
D'autre part, même sur des clichés faits dans des bonnes conditions, le diagnostic peut être difficile : niche de petite taille, signes indirects difficiles à interpréter.
1 des 2 diagnostics d'ulcus sous-cardial est faux, l'autre probable. Cette région est également difficile à examiner.

b - 76 % également des diagnostics vérifiés d'ulcus duodénaux étaient exacts, avec un bon résultat pour les post-bulbaires : 3 sur 3.

c - 1 seul des 3 diagnostics d'ulcus anastomotiques était exact ; les résultats sont là inférieurs à ceux de la fibroscopie, ce qui n'est pas surprenant si l'on songe à la difficulté du diagnostic de cette affection, sur un transit gastro-duodénal même lorsqu'il est pratiqué dans les meilleures conditions. Les remaniements entraînés par l'intervention donnent de fausses images à partir de plis de la muqueuse ; la niche n'est souvent visible que sous une seule incidence, et la réussite de l'examen dépend en grande partie du dosage minutieux, de la compression, qui doit être placée d'emblée dansla position adéquate, si l'on veut pas inonder le grêle.

d - Les 8 diagnostics de hernie hiatale sont exacts ou probables, mais l'un des malades saignait en fait d'une diverticulose colique inaccessible au transit oeso-gastro-duodénal, ce qui confirme la nécessité d'éliminer toutes les lésions associées avant d'admettre la responsabilité d'une hernie hiatale dans une hémorragie digestive.

e - Les varices oesophagiennes ont été confirmées chaque fois que la vérification du diagnostic a été possible (13 cas).

f - Les diagnostics de tumeur gastrique ont été confirmés à 75 % : 2 schwannomes sur 2, et un cancer sur 2.

g - Par contre, les deux diagnostics de tumeur duodénales étaient faux ; dans un cas, il s'agissait d'un ulcus post-bulbaire, et dans l'autre, le duodénum s'est révélé normal. L'erreur provient certainement d'un mauvais remplissage duodénal ou d'une mauvaise compression.

3 - En ce qui concerne les deux associations ; il faut souligner qu'elles ont été parfaitement confirmées par les données anatomiques :

a - l'un des malades avait un ulcus bulbaire et des varices oesophagiennes.

b - l'autre avait à la fois un ulcus antral, un ulcus bulbaire, et des varices oesophagiennes. Il a subi une gastrectomie des 2/3, mais l'évolution a été marquée par une encéphalopathie hépatique, et le malade a fini par mourir. Ce dernier exemple illustre la difficulté des indications thérapeutiques dans le cas où plusieurs lésions sont en cause.
Il est délicat de déterminer quelle est celle qui saigne et c'est là que la fibroscopie joue un rôle essentiel.

c - Une des malades, avait une hernie hiatale dont le collet était le siège d'une ulcération. Nous ne l'avons pas rangé dans la catégorie de malades ayant deux lésions car il s'agit en fait d'une seule lésion compliquée.

Cette complication est très en faveur du rôle de la hernie hiatale dans l'hémorragie.

4 - Les faux négatifs :

Ils sont au nombre de 15 :

a - 6 fois, il s'agissait de cirrhose avec varices oesophagiennes ou gastriques. La recherche de varices oesophagiennes demande une coopération du malade difficile à obtenir en urgence.

b - 3 fois, il s'agissait d'un ulcus de la petite courbure, dont l'étude faite sur des clichés debout, risque d'être écourtée chez des malades fatigués.

c - 4 fois, il s'agissait de diagnostics impossibles à faire par le transit oesogastro-duodénal.

- cancer du pancréas, dont on ne peut espérer que des signes indirects et inconstants.
- syndrome hémorragique diffus
- diverticulose colique
- gastrite.

d - 1 fois un ulcus post-bulbaire vu seulement en artériographie.

e - 1 fois un ulcus gastrique, mais le radiologue notait un antre irrégulier, ce qui constituait au moins un diagnostic topographique, l'identification de la lésion étant particulièrement difficile, même dans les meilleures conditions techniques.

Si l'on exclut donc 4 diagnostics qui échappaient de toute manière à la radio en toutes circonstances, il reste 11 véritables faux négatifs.

5 - Après avoir relevé et discuté les succès et les échecs du Transit oeso-gastro-duodénal, il est intéressant de rechercher une relation entre la qualité des examens que nous avons évaluée chaque fois en plus et l'exactitude des résultats.

Si l'on considère les diagnostics vérifiés, on remarque que parmi les examens côtés +, il y avait 6 diagnostics exacts et 8 faux, parmi les examens côtés ++, 20 diagnostics exacts et 10 faux, et parmi les examens côtés +++, 16 diagnostics exacts et 3 faux seulement.

Il y a donc sur un mauvais examen, plus de 50 % de chances d'erreur et sur un très bon examen, 15 % seulement, ce qui confirme l'importance de la qualité technique et montre la véritable valeur du transit oesogastro-duodénal en urgence, lorsqu'il est effectué dans les meilleures conditions.
L'étude des mauvais examens montre quels sont leurs défauts les plus fréquents.

- Absence de clichés debout 7 fois, 3 de ces malades avaient à l'entrée une hématocrite inférieur ou égal à 20 %. Il était donc prévisible que même après réanimation, ces malades auraient des difficultés à tenir debout. Les examens sont mauvais dans l'ensemble : clichés flous, manque de certaines incidences.

- Absence de recherche de varices oesophagiennes ou recherche peu significative 7 fois. 4 de ces malades avaient effectivement une H T P et pour les autres il n'y a pas eu de contrôle du diagnostic.
  L'omission de cette recherche dans le cas d'une hémorragie digestive paraît donc être une grosse erreur, même si le diagnostic parait peu vraisemblable.

- Les autres défauts sont divers : clichés flous, sonde gastrique en place, inondation du grêle lors de l'examen d'un estomac opéré, cependant 6 des examens médiocres ont permis de fournir un diagnostic exact, confirmé ultérieurement.

C - DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ARTERIOGRAPHIE :

1 - Sur 8 diagnostics artériographiques vérifiés, 5 étaient exacts, et 3 faux.

2 - Dans deux cas, il s'agit de faux négatifs :

a - l'un des malades avait un accident du diverticule de Meckel, ce qui était pourtant une bonne indication de l'artériographie, mais elle n'avait été pratiquée que 4 jours après la fin de l'hémorragie.

b - L'autre avait un ulcus de la petite courbure qui est passé inaperçu aussi bien à la fibroscopie qu'au transit oesogastroduodénal.

3 - Dans un cas, on note une erreur sur un diagnostic de cancer du foie, tandis qu'au contraire, un diagnostic d'hématome de la rate s'est révélé exact.

4 - Sur 3 diagnostics de varices oesophagiennes portés en artériographie, 2 se sont révélés exacts, et le 3ème est probable. Ceci confirme l'intérêt de l'artériographie dans l'hypertension portale.

5 - Il nous parait également fructueux dansle cas de l'ulcus post-bulbaire, dont deux diagnostics ont été faits, en période hémorragique alors que la fibroscopie et le transit gastro-duodénal n'avaient rien montré.

Finalement, le petit nombre d'artériographies ne nous permet pas d'avancer de conclusions nettes, mais il nous semble qu'elle a son intérêt soit lorsqu'il est nécessaire d'avoir un bilan digestif très complet avant de prendre une décision thérapeutique difficile, comme celle d'une anastomose porto-cave en urgence, soit lorsque toutes les autres explorations sont négatives et que le sujet continue à saigner, surtout si l'on redoute une lésion post-bulbaire ou intestinale.

D - DISCUSSION DU RESULTAT GLOBAL DE LA TECHNIQUE D'APPROCHE VIGOUREUSE

1 - Sur les 140 malades, 27 n'ont eu aucun diagnostic en urgence, soit 19,25 %. L'évolution a permis de trouver une étiologie pour 10 de ces malades.

2 - 95 malades soit 67,75 % avaient un diagnostic posé en urgence. La part respective de la fibroscopie et de la radiologie dans l'établissement de ce diagnostic est la suivante :

7 ont été portés par la fibroscopie seule

62 par le transit oeso-gastro-duodénal seul

2 par l'artériographie seule

21 fois par 2 des 3 examens utilisés

3 par les 3 examens à la fois.

L'intérêt d'associer les 3 examens à la fois est donc évident, car il ne s'excluent pas l'un l'autre, mais sont complémentaires.
En outre, la concordance des résultats est un élément de sécurité diagnostique très important, puisque sur 31 diagnostics faits en radio seulement, et ayant pu être contrôlés, 22 étaient exacts, soit 71 %. Sur 12 diagnostics faits par deux examens à la fois et contrôlés, 10 étaient exacts, soit 83 %. Sur 3 diagnostics faits par les 3 examens à la fois et contrôlés, 3 étaient exacts.

3 - 18 malades soit 13 % ont eu un urgence deux diagnostics discordants. On peut distinguer deux catégories de cas :

a - Ceux pour lesquels la discordance n'est qu'apparente, l'association des deux lésions étant vraisemblable : 8 cas.

8 malades ont eu en fibroscopie un diagnostic de gastrite, d'exulcération ou d'oesophagite et au transit gastro-duodénal ou à l'artériographie, un diagnostic d'ulcus duodénal.

Comme le diagnostic de gastrite est impossible à faire en radio, et que l'exploration duodénale était difficile ou impossible en fibroscopie avec les appareils utilisés, il est légitime de supposer que les malades avaient les deux affections à la fois.

Dans les 5 cas contrôlés, l'ulcus duodénal a été confirmé mais pas celui de gastrite :

- une fois le contrôle était purement radiologique, ce qui ne permet pas d'éliminer le diagnostic de gastrite.
- 4 fois, l'intervention a été faite plusieurs jours après seulement, et l'on peut admettre que la gastrite avait disparu, mais qu'elle avait réellement existé au début de l'évolution.

b - Les cas où la discordance permet de mettre en doute l'existence d'une des lésions ou des deux à la fois ; il y en a 10 :

- 4 malades avaient un diagnostic de gastrite en fibroscopie, mais la radio apportait la notion d'autres lésions qui étaient respectivement :

  un ulcus pylorique
  un ulcus de la petite courbure
  une hernie hiatale (deux fois)

  Seul le diagnostic d'ulcus de la petite courbure a pu être confirmé par la suite.

- 4 malades avaient des diagnostics radiologiques d'ulcus bulbaire (3 cas) ou post-bulbaire (1 cas) mais la fibroscopie montrait des lésions différentes, qui étaient respectivement :

  un ulcus gastrique de la face postérieure
  une tumeur de l'antre
  un ulcus de la petite courbure
  une hernie hiatale

  L'évolution a permis de confirmer l'ulcus de la petite courbure, diagnostiqué en fibroscopie, mais dans les autres cas, c'était le diagnostic radiologique qui était exact.

- 1 malade avait un diagnostic d'ulcus de la petite courbure en fibroscopie, et un diagnostic de varices oesophagiennes au transit oeso-gastro-duodénal.
  L'évolution a seulement confirmé les varices oesophagiennes.

- le dernier malade avait un diagnostic d'ulcus bulbaire en fibroscopie, et un diagnostic de hernie hiatale, au transit oeso-gastro-duodénal.
  L'évolution a montré que les deux diagnostics étaient faux.

La revue de ces cas de discordance radio-endoscopique montre que le problème de l'équipe de garde n'était pas facile à résoudre, mais il semble que :

1°/ - Il faut savoir penser à l'association de deux lésions, surtout lorsque les examens semblent se compléter comme dans les 8 cas discutés en premier.

2°/ - Si la discordance suppose forcément une erreur fibroscopique ou radiologique, il ne faut pas rejeter les résultats des deux examens à la fois, car, sur les 13 cas contrôlés par la suite, la double erreur ne s'est produite que deux fois, le diagnostic étant fourni par l'un des deux examens dans les 11 autres cas.

3°/ - Lorsque deux lésions sont évoquées, le problème est de savoir quelle est celle qui a le plus de chances d'être à l'origine de l'hémorragie. Sur les 11 cas contrôlés la lésion confirmée était 8 fois un ulcus bulbaire ou post-bulbaire, 2 fois un ulcus de la petite courbure, une fois des V.O., tandis que la lésion non confirmée était 7 fois une gastrite, une oesophagite ou une hernie hiatale, 3 fois un ulcus gastro-

duodénal, 1 fois une tumeur de l'antre. Il est donc a posteriori justifié d'incriminer plutôt l'ulcus que la gastrite ou la hernie hiatale quand l'alternative se présente.

E - DISCUSSION DES CAS OU AUCUN DIAGNOSTIC N'A PU ETRE PORTE EN URGENCE: IL Y EN A 27.-

1 - Pour 17 de ces malades, l'évolution n'a pas apporté non plus de diagnostic. Il est donc impossible de savoir quelle était la lésion et pourquoi les investigations en urgence ne l'ont pas mise en évidence.

2 - Pour 10 malades, l'évolution a permis de connaitre le diagnostic :

a - 2 fois, le diagnostic était difficile ou impossible : un cancer du pancréas, qui ne pouvait donner que des signes duodénaux indirects et inconstants et un syndrome hémorragique diffus, qui pouvait faire saigner le malade sans qu'il y ait de lésion digestive.

b - 5 malades avaient une cirrhose, avec des varices cardiales ou gastriques, dans deux cas. Les varices cardiales ou gastriques sont situées dans une région difficile à explorer, aussi bien par la fibroscopie que par le transit oeso-gastro-duodénal, ce qui explique qu'elles soient facilement méconnues, d'autant plus que l'image est souvent d'une interprétation délicate. Quant aux 3 autres de ces 5 malades, le grand nombre de mécanismes possibles pour expliquer l'hémorragie, y compris les troubles de l'hémostase, empêche de savoir quelle est la lésion qui a échappé à l'examen.

c - Deux malades avaient un ulcus de la petite courbure gastrique.

- l'un n'avait pas eu de fibroscopie en urgence, et le transit oeso-gastro-duodénal était normal.
  Le diagnostic a été fait 15 jours plus tard par deux fibroscopies pratiquées à une semaine d'intervalle, qui montraient l'ulcération à des phases différentes de sa cicatrisation.

- l'autre avait été parfaitement exploré en urgence, avec fibroscopie, transit oeso-gastro-duodénal et artériographie. L'intervention montrait un ulcus sur le versant postérieur de la petite courbure gastrique.

d - Le dernier malade avait une image irrégulière de l'antre sur le transit oeso-gastro-duodénal : il s'agissait en fait d'un ulcère gastrique. Le diagnostic aurait peut-être pu être correctement fait par une relecture des clichés.

Sur ces 10 malades pour lequel, le diagnostic en urgence avait été manqué, 9 n'avaient subi qu'un seul examen, ce qui confirme l'intérêt d'associer le transit oeso-gastro-duodénal et la fibroscopie systématiquement, et d'y ajouter si nécessaire l'artériographie.

F - DISCUSSION DES ETIOLOGIES DES HEMORRAGIES DIGESTIVES DE NOTRE SERIE :

3 étiologies se détachent nettement par leur fréquence :

- ulcus gastrique et pylorique 24 fois
- ulcus duodénal 42 fois (en incluant une association à un ulcus gastrique)
- H.T.P. 30 fois (en incluant 4 associations à des ulcus gastroduodénaux).

2 étiologies sont plus rares :

- hernie hiatale : 3
- gastrite : 12 en incluant une association à un ulcus gastrique.

Les autres étiologies sont plus ou moins rares. Il faut néanmoins souligner les 3 schwannomes (2 gastriques et 1 situé sur le grêle) et les 2 diverticuloses coliques, ainsi que l'accident du diverticule de Meckel.
Ces étiologies ne sont donc pas exceptionnelles, et par ailleurs leur diagnostic était 4 fois sur 6 du domaine de l'artériographie.

Parmi les associations, la plus fréquente est celle de l'ulcus gastroduodénal et de l'hypertension portale : 4 fois, ce qui est peu si l'on considère le nombre total de malades.

Sur 9 malades qui prenaient des anticoagulants, 7 avaient des lésions : 2 tumeurs gastriques, 4 ulcères du bulbe, 1 gastrite.
La prise d'anticoagulant est donc une cause favorisante de saignement chez un malade qui a très probablement une lésion organique préexistante.
Il est remarquable de constater que les deux cancers de l'estomac ont été découverts à l'occasion d'un saignement favorisé par les anticoagulants, et que leur diagnostic a peut-être été ainsi plus précoce.

23 malades ont finalement une hémorragie digestive cryptogénétique, ce qui représente 16,4 % des cas.
Il est à noter que 19 de ces 23 malades avaient eu seulement le transit oesogastro-duodénal.

G - CONFRONTATION AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE :

Une étude similaire a été menée par Dupuy Lazard Rueff et Nahum, à partir de 121 malades vus en radio et en endoscopie dans un délai de 48 heures également. La différence essentielle réside dans l'ordre des explorations, la radio étant la première dans 75 cas, et la fibroscopie dans 46 cas seulement.
Les résultats paraissent meilleurs que dans notre série, puisqu'il y a 50 diagnostics concordants en radio et en fibroscopie, et seulement 12 diagnostics discordants.

Dans une autre étude menée à la même époque (1970), par Conte Fouet Bodin et Liguory sur 153 malades, la radio joue un rôle nettement plus important que l'endoscopie, et permet, grâce au transit gastro-duodénal, de faire 103 diagnostics sur 149 examens. La fibroscopie n'est effectuée que 44 fois, dont 9 seulement avant la radio.

Il est remarquable de constater que dans ces deux séries la fibroscopie vient rarement en premier. Les problèmes pratiques sont peut être à l'origine de cette façon de conduire le diagnostic.

Au contraire, Palmer sur une série de 1.400 malades observés en 23 ans, conseille l'endoscopie juste après le lavage, en période hémorragique, ce qui nous paraît souhaitable. Dans ces conditions, le diagnostic est fait dans 33,4 % des cas par la radio, dans 33 % des cas par la gastroscopie, et dans 26,6 % des cas, par l'eosophagoscopie, le diagnostic restant

indéterminé dans 7 % desccas.

Quel que soit,le déroulement des examens, tous les auteurs insistent sur la nécessité d'une bonne préparation du malade, avec un lavage gastrique et une évacuation des caillots aussi parfaite que possible.

Baum et Nusbaum, insistent sur l'artériographie coeliaque et mésentérique, qui peut même, outre son intérêt diagnostique, aider à contrôler l'hémorragie au moyen des injections de vasopressine.

Bennet reprend également les arguments en faveur de cette technique, qui permet de faire certains diagnostics difficiles comme ceux d'angiomes, de schwamommes, d'anévrismes de l'artère hépatique, et qui permet également de faire un bilan pré-opératoire, en précisant la topographie vasculaire et les lésions associées. L'artériographie peut finalement être préférée au T.O.G.D., si le malade est en période hémorragique, et si l'équipe est bien entraînée.

En ce qui concerne les causes des hémorragies digestives traduites par une hématémèse ou un melaena, toutes les séries donnent une répartition comparable à la nôtre, avec une grosse prédominance des ulcères gastro-duodénaux, et de l'hypertension portale. Les causes basses paraissent exceptionnelles, ce qui confirme l'inutilité habituelle du lavement baryté.
Casarella, Kanter et Seaman rapportent d'ailleurs plusieurs cas d'hémorragies causée par des diverticules du côlon droit, dont le diagnostic a été fait par l'artériographie.

PEUT-ON AMELIORER LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE ?

1 - Serait-il intéressant de pratiquer le transit oeso-gastro-duodénal en premier ?

Il est bon d'avoir au moins un cliché d'oesophage avant de pratiquer une fibroscopie, afin de connaitre l'existence d'éventuels diverticules oesophagiens, dont la présence doit rendre prudent lors de l'introduction du fibroscope.

D'autre part, l'insufflation effectuée lors de l'endoscopie peut être gênante pour un transit oeso-gastro-duodénal pratiqué dans les heures qui suivent, à cause du déplissement de la muqueuse et de la floculation de la baryte.
R.N. Allan et Coll. rapportent le cas d'un diagnostic radiologique d'ulcus gastrique manqué dans ces conditions.

La pratique du transit oeso-gastro-duodénal d'emblée nécessite bien sûr l'emploi des produits de contraste hydrosolubles.
Il est donc possible et avantageux sur certains plans, de commencer par le transit oeso-gastro-duodénal, mais nous pensons néanmoins que la fibroscopie doit être précoce, en période hémorragique si possible, tandis que le transit doit être différé, de 24 heures environ, pour que la réanimation soit suffisante.

2 - Faut-il utiliser les produits hydrosolubles ?

Leur emploi a l'avantage d'éviter tout accident en cas de perforation associée à l'hémorragie, ce qui est précieux car la mise en évidence d'un pneumopéritoine discret peut être délicate chez un malade fatigué, des clichés debout centrés sur les coupoles étant nécessaires.

La possibilité de faire une nouvelle endoscopie, une artériographie ou un lavement baryté, immédiatement après le transit oeso-gastro-duodénal est également un atout très important.

Benozio compare les résultats de transit oeso-gastro-duodénaux faits en urgence aux hydrosolubles et au sulfate de baryum, et conclut que le pourcentage d'erreur est dans les deux cas le même : 25 %. La technique de l'examen ne change pas, mais le transit est plus rapide avec les hydrosolubles.

3 - La technique du double contraste est elle applicable au cas particulier des hémorragies digestives ? La finesse des images obtenues et l'amélioration des possibilités de diagnostic, en particulier au niveau des faces, de la grosse tubérosité, et du cadre duodénal, sont séduisantes, d'autant plus que des lésions superficielles de très petite taille échappant jusque là au diagnostic radiologique peuvent être mises en évidence par cette technique.

La sonde gastrique peut être utilisée pour pratiquer l'insufflation, et l'examen peut être assez court puisque pour Guien 4 clichés, dont un seul en position verticale, peuvent suffir chez des malades fatigués. Il est bien sûr nécessaire d'avoir formellement éliminé la possibilité d'une perforation.

En fait, la difficulté de l'examen en double contraste en urgence nous parait résider dans la nécessité d'avoir une bonne adhérence du produit opaque, et une muqueuse parfaitement propre chez un malade qui vient de saigner. Un lavage gastrique, même minutieux et itératif, permet-il d'évacuer tous les caillots les plus petits ? La recherche de très petites lésions ne risque-t-elle pas d'entrainer une augmentation du nombre des faux positifs ?

4 - L'exploration de la grande courbure et de la face postérieure de l'estomac est un temps difficile du transit oeso-gastro-duodénal. Il est possible d'améliorer l'étude de ces régions en utilisant une incidence de profil en décubitus latéral gauche, ce qui peut se faire en mobilisant très peu le malade, et doit-être systématique.

5 - La lecture du transit oeso-gastro-duodénal en urgence par le radiologue de garde seulement expose certainement à des erreurs. Une nouvelle lecture des clichés permet-elle d'améliorer les résultats ?

R.N. Allan et Coll. ont comparé sur une série de 68 transit gastro-duodénaux effectués en urgence pour hémorragie digestive, l'exactitude des diagnostics portés par le radiologue de garde et celle des diagnostics retenus après une nouvelle lecture des clichés par un radiologue qui ne disposait ni du compte-rendu fait en urgence ni des données cliniques.

Le diagnostic initial était exact dans 86 % des cas, et celui posé après relecture était exact dans 94 % des cas.
Il est donc probable que la nouvelle lecture des clichés augmente le pourcentage de diagnostics exacts de 10 % environ.

Il est souhaitable de le faire lorsque c'est matériellement possible, le radiologue de garde ayant l'avantage d'avoir vu les aspects cinétiques, en scopie, et le radiologue effectuant la relecture d'être plus impartial.

C O N C L U S I O N S

1 - De Juin 1969 à Novembre 1972, 140 malades admis à l'Hôpital Ambroise Paré pour hémorragie digestive ont été explorés par une méthode dite d'approche vigoureuse qui comporte après réanimation et lavage gastrique, une fibroscopie puis un transit oeso-gastro-duodénal baryté dans les 48 heures qui suivent le fin de l'hémorragie au plus tard. L'artériographie coeliaque et mésentérique n'a été pratiquée en urgence que chez 11 malades.

2 - La fibroscopie est toujours possible au lit du malade. Elle a été pratiquée 68 fois permettant de porter 70 diagnostics en urgence (2 malades avaient deux lésions à la fois). 17 diagnostics sont certains, 30 probables, et 23 faux. La fibroscopie est devenue indispensable au diagnostic des hémorragies digestives car elle permet l'identification des lésions superficielles : gastrite et exulcérations qui ne sont pas détectables radiologiquement. Elle est d'autant plus fructeuse qu'elle est effectuée précocément car elle peut montrer la lésion qui saigne, ce qui est particulièrement précieux lorsque l'hémorragie peut avoir plusieurs origines.

3 - Le transit oeso-gastro-duodénal doit être mené sur le plan technique comme un examen de routine, c'est dire la nécessité

de la réanimation et du lavage gastrique pour évacuer tous les caillots. Si le malade est bien préparé, l'examen radiologique n'aggrave pas l'état du malade et donne des résultats fiables. Il a été pratiqué après fibroscopie, et dans un délai de 24 heures en général. Les 138 transits oeso-gastro-duodénaux effectués en urgence ont permis de poser 140 diagnostics (2 malades avaient 2 lésions à la fois) ; le diagnostic s'est révélé exact 47 fois, probable 65 fois et faux 28 fois.

4 - L'artériographie coeliaque et mésentérique a été pratiquée 11 fois, permettant de poser 5 diagnostics exacts, 3 probables et 3 faux. Elle n'est jamais faite en première intention, mais plutôt dans les cas où l'hémorragie reste inexpliquée et se poursuit.

5 - La méthode d'approche vigoureuse a permis pour les 140 malades de faire un diagnostic exact 50 fois, un diagnostic probable 67 fois, et un diagnostic faux dans 23 cas.
La concordance du diagnostic radio-endoscopique est une sécurité indéniable, puisque sur 24 diagnostics posés par les deux méthodes à la fois, 2 seulement étaient faux.

Pour les 23 diagnostics faux, les causes d'erreur sont les suivantes :

1 - Recherche de varices oesophagiennes insuffisante ou omise en radiologie, 6 fois ; 2 de ces malades avaient eu également une fibroscopie qui n'avait pas montré non plus

les varices oesophagiennes

2 - Mauvaise interprétation des clichés radiologiques 12 fois :

Il y a 6 faux positifs; 3 images mal analysées cancer antral au lieu de fibrose antrale, tumeur du bulbe au lieu post-bulbaire, ulcus sous cardial au lieu d'ulcus anastomotique, 3 ulcus gastriques méconnus dont 2 par la radio seule et 1 par fibroscopie, transit et artériographie à la fois.

3 - Diagnostic impossible 5 fois :

. Cancer du pancréas,

. Syndrome hémorragique

. Diverticulose colique deux fois alors qu'il n'y avait pas eu d'artériographie

. Gastrite alors qu'il n'y avait pas eu de fibroscopie.

5 - Les lésions en cause dans ces hémorragies digestives sont les suivantes :

3 étiologies sont particulièrement fréquentes :

. Ulcus duodénal 42 fois

. ulcus gastrique et pylorique 24 fois

. Hypertension portale 30 fois.

Les autres étiologies sont diverses :

. Gastrite 12 fois

. Hernie hiatale 3 fois

. Tumeur gastrique 4 fois

. Ulcus anastomotique 2 fois

. Diverticulose du grêle ou du colon 3 fois

. Tumeur du grêle 1 fois

. Cancer du pancréas 1 fois

. Syndrome hémorragique 1 fois.

Aucune étiologie n'a été trouvée chez 23 malades.
Le total est supérieur à 140 car certains malades avaient deux lésions à la fois.

Sur les 23 malades dont l'hémorragie reste cryptogénétique, 19 avaient eu la radio seulement, et 4 la radio et la fibroscopie associées, ce qui peut laisser supposer que des lésions superficielles comme la gastrite ont pu être méconnues chez les 19 premiers.

7 - En définitive, les résultats de la méthode d'approche peuvent être améliorés de plusieurs façons :

a) par l'usage d'endoscopes plus perfectionnés, permettant une bonne étude du duodénum ;

b) par la technique du transit oeso-gastro-duodénal en double contraste, qui mériterait peut -être d'être essayée en urgence.

c) par l'exploration plus rigoureuse de la grande courbure de l'estomac et de la face postérieure au moyen du profil en décubitus latéral.

B I B L I O G R A P H I E :

1°) Endoscopie

Desneux J.J. Hémorragies digestives aiguës : endoscopie d'urgence
Rapport aux journées Françaises de gastroentérologie
Paris 1959 Archives Françaises des maladies de l'appareil digestif
1959, 48, 7-8.

Minconi P. Perrin D. Delumeau G. Veyrac Y. Delisle L.R.
Le diagnostic étiologique précoce des hémorragies digestives.
Justification de la fibroscopie oesophagienne et gastrique en
urgence. P. Médicale 1970. 78. n° 46 P. 2011-2013.

Dupuy P. Coulbois J. L'endoscopie d'urgence en gastro entérologie
Revue du praticien 1971, 21, p 2615-2623.

Conn H.O. Brodoff M. Emergency oesophagoscopy in the diagnosis
of upper gastrointestinal hemorraghe. Gastroentérology, 1964,
47, 505-512.

Dupuy P. Housset P. Debray C. L'endoscopie oesogastrique
d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves.
Société de gastroentérologie ; séance du 18 1 1971.

Dupuy P. Housset P. Rueff B. Debray C. L'oesogastroscopie
d'urgence dans les hémorragies digestives d'origine haute ;
106 observations. Semaine des hôpitaux de Paris 20 2 1971
47 p 586.

Hirschowitz B. Luketic C. Balint J.A. Fulton W.F. Early fiberoscope
endoscopy for upper gastro intestinal bleeding. American
journal of digestive disease 1963, 8, 10, 816-825.

Katz D. Douvres F. Weisberg H. Mackinnon W. Jerzy Glass
Early endoscopic diagnosis of acute upper gastrointestinal hemmorrhage
J. AXM. A. 1964, 188, 5, 405-408.

Early endoscopy of oesophagus stomachand duodénal bulb in
patients with hématemesis and melaena. COTTON P. B. ROSENBERG M.T.
WALDMANN R.P.C. AXON A.T.R. B.M.J. 2 : 505-9 2 Juin 1973.

ALLEN H.M. Gastroduodénal endoscopy. Management of upper gastrointestinal hemorraghe. Arch. of Surgery 106 : 450-5 April 1973

DELMOTTE J.S. FILOCHE B. PARIS J.C. PARIS J. L'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes : étude de 200 cas consécutifs Lille médical 17, 1341-1343 nov. 1972.

COFFIN J.C. LIGUORY Cl. CAPELLE PH. Semaine des hôpitaux de PARIS 49 : 549-53,14 février 1973. Fibroscopie de l'estomac opéré ; à propos de 253 malades.

MARATKA Z. L'oesogastroscopie d'urgence indications et résultats Archives Fr ; des maladies de l'appareil digestif 61 : 307-14 Avril mai 1972.

2°) Le T.O.G.D.

NAHUM H. RUEFF B. CAZARD G. Examen radiologique oeso gastro duodénal en période hémorragique technique et indication (expérience de 300 malades). Presse médicale : 1971 78 n° 54 p 2414-6

DELANNOY E. GAUTIER P. SOULIER A. LEMAIRE G. L'examen radiologique d'urgence dans les hémorragies digestives graves d'origine gastro duodénale. Presse médicale 20 2 1952 60 n° 12

SCHATZKI S.C. BLADE W.R. Emergency X ray examination in the diagnosis of severe upper gastrointestinal bleeding.
New england 1958 259 910.

LIGUORY C. ET BISMUTH V. : examen radiologique des malades atteints d'hémorragie digestive. E. M.C. Radio IV, 33707, A 10

NAHUM H. RUEFF B. CAZARD G. L'ulcère gastroduodénal chez le cirrhotique en période hémorragique ; étude radiologique.
Presse médicale 78, n° 55 26 12 70 p 2491-2494.

ALLAN R.A. DYKER P.W. TOYE D.K.M. Diagnostic accuracy of early radiology in acute gastrointestinal hemmorrhage.
B.M.J. 1972 4 p 281-284.

CHANDLER G.N. CAMERON A.D. NUNN A.H. STREET D.F. Hematémes and melaena their early radiological investigation
Lancet 2, 507 1960.

COTTON P.B. early radiology in acute gastrointestinalhemorrhage
B.M.J. 4 : 608 9 décembre 1972.

BOHMANSSON G. Problem of chirurgical anest. of massecre hemorrhage in peptic ulcer
Acta. Chir. Scand. Juillet 1946
Vol 94 n° 3-4, 362-378.
GUIEN C. l'estomac et le duodenum normaux
Concours medical 21-10 1972 p 6815-6828.

Mise au point sur l'utilisation des contrastes
hydrosolubles en radiologie digestive
M. BENOZIO. J.P. MELTI J. Ph. MONTAGNE J.P. MAY
J. Radiol. Electrol. 1972 p. 53 n° 8-9 p. 641-648.

3°) L'artériographie :

BAUM S. STEIN GN. NUSBAUM M. CHAIT A. Sélective artériography in the diagnostics of hemorrhage in the gastrointestinal tract. RAD. Clin. Nth. Am. 1969, 7, 131-145.

HOXARD J. KLEIN, RALPH J. ALFIDI, THOMAS F. MEANEY and VIRGINIA C. POIRIER Angiography in the diagnosis of chronic intestinal bleeding. Radiology janvier 1971-98 n° 1 p 83.

BAUM S, WARD S, NUSBAUM M, STress bleeding from the mid duodénum. A often unrecognized source of gastrointestinal hemorrhage. Radiology. 1970 - 95 - 595-602

BAUM S. NUSBAUM M. The control of gastrointestinal hemorrhage by selective mésentéric artérial infusion of vasopressin. Radiology 1971 98 497-505.

CASARELLA W.G. KANTER I.E. SEAMAN W.B. RIGHT SIDED COLONIC divesrticula as a cause of acute rectal hemorrhage. New england j. of medicine 1972-286 450-453.

NUSBAUM M. BAUM S. BLAKEMORE W.S. Clinical expérience with the diagnostic and management of gastrointestinal hemorrhage by sélective mésentéric cathétérisation. Am. J. of surgery 170 506-14 Sep 1969.

HERNANDEZ C L'exploration vasculaire des hémorragies digestives de cause inconnue Presse médicale 1967-75-40-43.

BENNET Indications de l'angiographie dans les hémorragies digestives hautes. Annales de gastroentérologie et d'hépatologie 1970, 6, 57-63.

KANTER I.E. SCHWARTZ A.J. FLEMING R.J. Localisation of bleeding point in chronic and acute gastrointestinal hemorrage by means of sélective viscéral artériography. Am j. of roentgenology 1968, 103, p 386-399.

4°) La conduite du diagnostic étiologique. Les méthodes d'approche.

DUPUY P. CAZARD G. RUEFF B. NAHUM H. Corrélations radio endoscopiques en période d'hémorragie digestive haute.
Presse médicale : 1971-79 p 2309-11

CONTE M. FOUET P. BODIN C. LIGUORY C. Radiographie et endoscopie gastriques en urgence au cours des hémorragies digestives.
Annales de médecine interne 1970-121 n° 2 p 213 216.

PALMER the vigourous diagnosis approach to upper gastrointestinal tract henmorhage. J.A.M.A. feb 1969, 207, n° 8 p 1477-1480.

MONGES A. LEGRE. M. TRONCONI J.C. LEMOINE A. La conduite du diagnostic étiologique dans les grandes hémorragies digestives
Revue du praticien 1970, 20, p 517-530.

WALLS W.D. GLANVILLE J.N. CHANDLER G.N. Early investigation of haematémèsis and melaena. Lancet 2, 387-390, 21 aug 71.

BAIRD R.A. Diagnosis of upper gastrointestinal tract hemorrhage
J.A.M.A. 214, 598-9, 19 10 70

STADELMAN Diagnostic procédures in cases of sudden gasttrointestinal hemmorrhage. Minerva chir. 28, 1065-8 aug 73.

KATZ D. DOUVRES P. WEISBERG H. CHAIM R. MAC KENNON W. Sources of bleeding in upper gastrointestinale hemorrhage ; a réévaluation
AM. J. OF DIGESTIVE DISEASE 9, 447, 1964.

MAILER C. GOLDBERG A. HARDEN R. GUY THOMAS BURNETT W.
Diagnostic of upper gastrointestinal bleeding B.M.J. 2, 784 1965.

SCHILLER K.F.R. TRUELOVES. C. WILLIAM S.G. 1970 Haematémesis and melaena with special référence to factors influencing the outcome.

WALLS W.D., GLANVILLE J.N. CHANDLER G.N. Early investigation of haematemesis and melaena. 1971 Lancet 2, 387.

BANCONS J. QUINTON A. DUBARRY J.J. La fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence pour hémorragie digestive et les corrélations radio endoscopiques. A propos de 120 examens. Bordeaux médical, 2017 - 22 octobre 1972.

POILLEUX F. L'apport des moyens nouveaux d'investigation dans la chirurgie abdominale d'urgence. Bulletin de l'académie nationale de médecine de Paris. 155, 713-717, 9-11-71.

AOUN J.P. BERNIER J. MARTIN F. FARLEY A. L'approche vigoureuse du diagnostic des hémorragies digestives hautes. Union médicale de canada 100, 2143 - 6 nov 1971.

S. BONFILS J.P. BENHAMOU, CH. DELVRAY J. HAMBURGER. J. LORYGUE. M. ROUX H. PEQUIGNOT.
Conduite à tenir devant une hématennèse grave.
P. med. 1969, 77, 10, p 355-358.

J.M. LABAYLE, F. BODIN, H. LICHTENSTEIN, M. CONTE
Les hémorragies digestives sous traitement anticoagulants.
Sem. Hôp. Paris 1974, 50, n° 14, 941-945.

VU LE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur C. BETOURNE

VU LE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur BISMUTH

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

R. MALLET